

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TEZ YÖNETİCİSİ  
Yard. Doç. Dr. Keriman GÜLER

60924

HİSTEREKTOMİ AMELİYATININ KADINDA YARATACAĞI  
DEPRESYONUN İNCELENMESİ VE BUNUN GİDERİLMESİNDE  
HEMŞİRENİN ETKİNLİĞİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma ETİ

İSTANBUL-1988

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
3. MATERYAL VE METOD.....	14
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA.....	25
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	30
7. ÖZET.....	32
8. SUMMARY.....	34
9. KAYNAKLAR.....	36
ÖZGEÇMİŞ.....	38
EKLER.....	39

## 1. GİRİŞ

Kadın; biyolojik sosyal ve kültürel bir varlık olup, sağlık açısından bağlı bulunduğu grubun kişilerinden kabul, destek, onay ve teşvik görmeye alışmıştır (24).

Çağımızın hızlı, bilimsel ve teknolojik gelişimi, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sosyal yapının değişmesine yol açmıştır (18). Türk kültüründe kadının yerine baktığımızda, eski Türklerde kadının toplum içinde daha saygın bir yeri olduğu görülmektedir. İslamiyetin Türkler arasında yayılmasından sonra ise kadının toplumsal konumu sarsılmıştır. Müslüman toplumlarda kadının ev dışında hemen hemen hiç bir işlevi yoktu. Osmanlı İmparatorluğu döneminde de toplumsal yapı belirgin bir biçimde cinslerin farklılığı üzerine oturmuştur.

Cumhuriyet Türkiyesine baktığımızda ise kadının çağdaşlaşma sürecinin Türkiye'nin her yerinde aynı olmadığını görmekteyiz. Yerleşik toplumlarda (köy, ilçe, il) çağdaş, geleneksel ve geçiş halinde olmak üzere üç tip ailenin var olduğu bilinmektedir. Aile tipi ise kadının aile içindeki konumunu direkt olarak etkilemektedir.

Çağdaş ailede kadın daha fazla söz ve hareket özgürlüğüne sahip, eşler arası ilişkiler karşılıklı sevgi ve saygıya dayanır. Kadının toplumsal bir kişiliği vardır.

Geleneksel aile tipinde, cinsiyet ayrımı kesindir ve erkeğin otoritesi altında yapılaşmıştır. Kadının doğurganlığı kocası ve kocasının ailesince benimsenmesini sağlar.

Geçici aile tipinde, kadın eve ve iç dünyasına kapatılmamış olmasına karşın çağdaş kadının tüm özgürlüklerinede sahip değildir.

Göçebe aşiretlerinde ise, cinslerin kesin ayrımına rastlanmamakla birlikte kadın, gerek ürettikleri gerekse doğurdukları ile doğrudan doğruya aşirete aittir ve esas değeri doğurganlığında yatar (14, 15, 18).

Kültürümüzde kadının sahip olduğu bu sosyal statüde doğurganlığı büyük önem taşımaktadır. Ana olarak rolü doğum öncesi dönemde başlayan kadının, insan türünün çoğalmasını sağlayan bir varlık olarak bu özelliğini yitirmesi, toplum-

larda kabul veya red görmesine neden olmaktadır.

Kadının üreme organları doğumla birlikte kişiye bir kadınlık rolü kazandırır ve kız çocukları geleceğe bu rolle hazırlanır. Ancak bu organlar sağlıklı oldukları sürece kadının yaşantısına anlam kazandırır. Aksi halde kadının fiziksel, sosyal ve psikolojik dengesini tehdit eder ya da bozar (3, 6, 9).

Üreme organları arasında uterus, kadının bio-psikososyal dengesinin korunması ve kadınlık rolünün sürdürülmesinde önemli yer tutar. Üretkenlik ve cinsel yaşamın etkinliğinde rol alır. Bu organın kaybı menstrasyon ve doğurganlık yeteneğini kaybeden kadının yaşamını olumsuz yönde etkileyerek, eksik kadın olma imajında eklenmesiyle ruhsal bunalımlara neden olabilir. Bu durumlar toplumların sosyo kültürel düzeyleriyle yakından ilgilidir. Özellikle sosyo kültürel düzeyi düşük olan toplumlardaki kadınların doğurganlığı kocasının ailesince benimsenmesini ve durumunun sağlamlaşmasını sağlar (2, 3, 7, 9).

İnsanlar yaşamları boyunca çeşitli hastalık, kaza ve organ kayıpları ile karşılaşabilirler. Organ kaybı ile sonuçlanan hastalıklar ve kazaların birey üzerindeki etkisi, olayı yaşayan bireyin kişilik yapısına, hastalığın veya kaybın türüne, olay öncesi kişinin ruhsal hazırlığına bağlı olarak değişir.

Histerektomi deneyimi ile karşılaşan kadında ölüm, vücut bütünlüğünün bozulmuş olması ve diğer insanların sevgisini kaybetme gibi kaygı ve endişelerin olabileceği vurgulanmıştır (2, 7, 10). Bu nedenle, hasta ile sürekli birarada bulunan hemşire bireyin hastalığının gidişini, organ kaybına karşı tutumunu ve endişelerini, hangi durumlarda desteğe gereksinimi olduğunu daha iyi anlayabilir. Yetenekleri, ilgileri ve beklentileri farklı olan histerektomili hastanın yeni yaşama uyumu güçleşeceğinden, hemşirenin, hastanın yeni durumunu kabullenmesinde yardımcı olması gerekmektedir (2, 7, 9).

Bu çalışma, histerektominin kültürümüz kadınlarında yaratacağı olumsuz fiziksel ve psiko-sosyal etkilerini ameliyat öncesi verilen eğitim ve kapsamlı hemşirelik bakımı ile ne düzeyde giderilebileceğini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Uterusun cerrahi girişimle çıkarılmasının tarihi izleri M.S.II. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Fakat o günlerden 19. YY sonlarına kadar bu konuda yapılmış uygulamalara ışık tutacak bir belgeye rastlanmamıştır (24). Ancak geçen yüzyılın sonlarında asepsi ve antisepsinin uygulanmasıyla, mortalite oranı anlamlı derecede düşmüş ve histerektomi cerrahi tekniklerden biri olarak tıptaki yerini almıştır. (3, 6, 24).

Son yıllarda ortaya atılan bir görüşe göre uterus kanser üreten bir organdır ve her kadın planladığı çocuk sayısına ulaştıktan sonra, bir Patoloji olmasada uterusu alınmalıdır. Faydasız uterus sendrom' (Usless uterus sendromu)u olarak anılan bu görüşün ne kadar taraftarı olduğu bilinmemektedir ama, sadece 1975 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde çoğu 45 yaşın altında olan 725.000 kadında histerektomi ameliyatı yapılmıştır (24).

Histerektomi tıbbi tedavinin başarılı olmadığı durumlarda, uterusun çıkarılması anlamını taşıyan, uterus, serviks ve overleri ilgilendiren çeşitli genital sistem hastalıklarında uygulanan cerrahi bir işlemdir (3, 6, 9, 11). Abdominal ve vaginal olmak üzere iki şekilde uygulanır.

Patoloji ve yaşa görede değişik şekillerde uygulanmaktadır.

- . Subtotal histerektomi: Uterusun distal kısmının alınarak serviksin bırakılmasıdır. Hasta mensturasyon görmeye devam eder.
- . Total histerektomi: Uterus ve serviks alınır, hasta mensturasyon görmez.
- . Çift taraflı salpingo-ooferektomi ile birlikte histerektomi: Uterus, serviks, fallop tüpleri ve overler alınır, hasta mensturasyon görmez.
- . Wertheim histerektomi: Uterus, serviks, fallop tüpleri ve overlere ek olarak vaginanın bir bölümü pelvik doku ve lenf düğümleride alınır (3, 6, 11, 20).

Genel olarak histerektomi, ağrı, kanama gibi semptomatik yakınmalar, displazi, karsinoma insitu, adenomatoz hiperplazi, selim veya habis tümörler gibi anatomik hastalıklarda uygulanır.(3, 9).

Kadın açısından histerektomi, sadece değer verilen bir organın kaybı değil, aynı zamanda ameliyat öncesi yaşam tarzının sürdürülmemesidir. Buda, kadınlık, cinsel eşlik, annelik, sevilen kız evlat olma, gibi birincil sosyal rollerin biri veya birkaçı ile ilgilidir (23, 24, 26, 27).

Drellich ve Beiber, birçok kadının uterus ve fertilizasyonu, kadınlığın önemli yönleri olduğunu kabul ettiğini, uterus kaybının cinsel çekiciliğin kaybı, cinsel istekte azalma ve eşlerinin ilgilerinin kaybı gibi ruhsal yönden travmaya neden olduğunu saptamışlardır (24).

Değer verilen bir objenin kaybına karşı gösterilen tepkilerin fiziksel ve psiko-sosyal yönden olumsuz etkileri vardır.

Fiziksel etkileri arasında, aşırı yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, ateş basması, uykusuzluk, uriner sistem şikayetleri sıralanabilir. Bu belirtilerin çoğu erken menapoz dönemi belirtileri olup daha çok psikolojik kökenlidir.

Psikolojik sorunların içinde çocuk doğuramama, mensturasyonun olmaması, cinsel yaşamdaki etkinliğin azalması, organ kaybı, ölüm korkusu, boşanma, yalnız kalma düşüncesi, aktif iş görememe yer almaktadır.

Psikolojik sorunların ortaya çıkışında ise, kültürel etkenlerin yanı sıra yaş, öğrenim durumu, eşinin tutumu, cinsel yaşamdaki sorunlar yada mutluluğu, güçlüklerle baş etme yolları, hastalık ve ameliyat hakkındaki bilgisi, eski deneyimlerinin önemli rol oynadığı belirtilmiştir.

Psikolojik sorunların belli başlı semptomları, uykusuzluk, huzursuzluk, ümitsizlik, mantıksız düşünceler, nedensiz ağlama, iştahsızlık, ajitasyon, kuruntu, nedensiz yada abartılmış ağrı yakınmaları ya da intihar düşünceleri sayılabilir (2, 3, 7, 9, 11, 18, 27).

Şuer, histerektomi uygulanmış 22 denek üzerinde yaptığı çalışmada histerektomi sonrası depresyona girme riskini çok yüksek bulmuş ve durumun kadın için değer verilen bir organın kaybına karşı oluşmuş bir tepki olduğunu belirtmiştir (24).

Histerektomi olmuş kadınların fiziksel yoksunlukları, yalnızlığı her türlü onur kırıklığı ve aşağılanmayıda kapsayan olağanüstü ve sürekli çevresel baskı içindedirler (2).

Richars, histerektomi geçiren kadınların ameliyat sonrası 3 yıl içinde geçirmeyenlere oranla 4 misli fazla depresyona girme olasılığı olduğunu saptamıştır (2).

Depresyon, duyarlılığın elem yönünde artması, motor ve psişik inhibisyon, nedensiz şiddetli sıkıntı ve intihar fikirlerinin varlığıdır (2, 20, 22, 26).

Depresyon, nöbetler halinde gelen, beden yapısı olarak piknik tiplerde (% 67), mizaç yapısı olarak siklotimik olanlarda daha sık görülen, heredite ile yakın ilgisi olan (% 80-85) ve dominant olarak geçen, sevilen bir objenin kaybı, değer hissini yitirilmesi, geleceğe yönelik duyguların birden kaybolması gibi nedenlerle ortaya çıkan bir psikoz çeşididir (10, 20, 22).

Depresyon, red edilme, ağlama ya da ağlama isteği, işlerine karşı göreceli bir isteksizlik, genel aktivite ve canlılıkta azalma, çevreye karşı ilgisizlik, bazen sinirlilik, dikkatte zayıflama ve herşeyden çok kişinin kendi değeri hakkındaki kanısında bir alçalma (öz saygısında alçalma) ile karakterizedir (10, 20, 22).

Göktepe, depresyonun ortaya çıkış nedenlerinin çeşitliliğini, fakat en sık rastlanan nedeninin maddesel ya da ruhsal açıdan değer verilen objelerin yitirilmesi olduğunu savunmaktadır (10).

Ziyalar, toplumlarda değer verilen bir organın ampütasyonunun intihar riskini yükselttiğini savunmaktadır (28).

Antonelli ve arkadaşlarının 1980 yılında İstanbul'da düzenlenen Avrupa Psikomatik Kongresinde sundukları bildirimlerinde, histerektomi uygulanmış 40 denegin durumu incelenmiş ve histerektomi sonrası ruhsal bozukluklarının sınıflandırılmasında, 23 denekte anksiyete (erken ölüm korkusu ile ifade edilen), 13 denekte depresyon (suçluluk duygusu ile ifade edilen), 21 denekte hipokondriyak şikayetler (hayali beden bozuklukları, vücudunun tahrip olma korkusu, cinselliği red), 30 de-

nekte yardım görememe-ümitsizlik, 12 denekte uykusuzluk, 24 denekte "Eve dönüş sendromu-Coming home Syndrome" (ev hayatında uyumsuzluk, kocasına eksik görüne korkuları) gibi özellikleri saptamışlardır (24).

Antonelli, hastalara histerektomi uygulamadan önce yeterli bir psikolojik yaklaşım, ameliyat hakkında aydınlatıcı bilgi ve yeterli eğitim verilmesinin önemini vurgulamıştır (24).

Eğitim: Kişiyi yeni bir davranış kazandırmak onun davranışını değiştirmektir (8).

Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklarını korumak ve geliştirmek için bilgi kazandırma ve davranışlarını kazandıkları bu bilgilere göre değiştirmelerini sağlamak amacıyla yapılan çalışmalar ve uygulamalardır (8).

WHO'nun sağlık eğitimi tanımı: "Sağlık eğitimi kişilere, sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak veya topluca, karar aldırma"dır"(8).

Eğitim uygulamaları, eğitim deyince çoğu kez akla gelen okulda eğitimidir. Eğitimi bir okul işi saymak geçmişteki sınırlı uygulamaların yarattığı yanlış bir değerlendirmedir. Günümüzde eğitim üç alanda uygulanmaktadır.

Örgün Eğitim: Kişilerin yaşama atılmadan, iş ve meslek kollarında çalışmaya başlamadan önce okul veya okul niteliği taşıyan yerlerde genel ve özel bilgiler bakımından gelişmelerini sağlamak amacıyla belli kurallara göre düzenlenen eğitimidir.

Yaygın Eğitim: Örgün eğitim olanaklarından hiç yararlanmamış olanlara, gittikleri okuldan erken ayrılanlara, örgün eğitim kurumlarında okumakta olanlara ya da mesleklerinde daha yeterli duruma gelmek isteyenlere okul dışında belli bir programa göre uygulanan eğitimidir.



Yetişkin Eğitimi: Resmi yada özel kuruluşlarda yetişkinlere türlü alanlarda bilgi kazandırmak, anlayışlarını geliştirmek ve davranışlarını geliştirmek amacıyla düzenlenip bir plan ve program çerçevesinde yürüttüğü eğitim çalışmalarını kapsar.

Eğitim Yöntemleri:

- . Eğitimcinin bireylere doğrudan yaptığı eğitim, ders ve konferanslar, bireyden bireye eğitim ve grup tartışmasıyla,
- . Kitle haberleşme araçlarıyla yapılan eğitim, radyo, TV, gazete, dergi ile,
- . Kamuya açık yerlerde göze hitap eden afişlerle yapılan eğitimidir.

Eğitim yöntemleri içinde en etkilisi bireylere doğrudan yapılan eğitimidir. Eğitim araç ve gereçlerinde ise, "Duyarsam unuturum, görürsem hatırlayabilirim, yaparsam öğrenirim, tartışırsam olgunlaşırım" prensibi benimsenerek demonstrasyon ile beş duyuya hitap edilmesi gerekmektedir (8).

Sağlık eğitimi sadece kişiye söz, yazı veya göstererek bilgi aktarma değil, ona yeni bir davranış kazandırmak, kazandığı davranışı kullandırmaya alıştırmaktır. Bu nedenle hemşire yaptığı sağlık eğitimi sonunda kişide davranış değişikliği olup olmadığını gözlemeli ve istenilen davranış değişikliği olmuşsa eğitim amacına ulaşmıştır.

## **HİSTEREKTOMİ'DE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

Hemşirelik bakımının amacı, hastanın fizik ve psikolojik özelliklerini tanımasına yardımcı olmak, gelecekteki yaşamına ilişkin sorunların ortaya çıkarılması ve çözümlerinin tartışılmasına olanak sağlamak, ameliyatın oluşturacağı değişikliklere hazırlanmasına ve kabullenmesine yardımcı olmaktır (7,9).

Bireylerin yaşamlarını mutlu olarak sürdürebilmelerinde önemli olan etkenlerden biride sağlıklı olma durumudur (1). İnsan sağlığı bazen ruhsal, bazende bedensel yönden bozulabilir. Bu aşamada yapılması gereken, tedavi olmak amacıyla bir hastaneye baş vurmaktır. Hastane hastalar için bir veya iki kez ya da hiç deneyimlemedikleri bir ortamdır.

Hasta hastanede sanki bekleniyormuş gibi karşılanmalı odasına götürülüp yerleştirilmelidir. Hemşire, kendini, görevini anlatarak kendisinin her türlü bakımı ile ilgileceğini söylemelidir. Diğer sağlık ekibi üyeleri ile tanıştırılmalı ve kaldığı ünite hakkında bilgi verilmelidir. Bu şekilde karşılanan hasta hemşireden

gördüğü ilgi sayesinde hemşire hasta ilişkileri olumlu yönde etkilenecektir (1,9,11,19).

Hastanenin ziyaret saati, ailesi ve yakınları ile görüşme saatleri ve hastanenin telefon numarası, tuvaletin yeri, aradığı zaman hemşireyi nerede bulacağı, çağırma zilinin yeri konularında bilgilendirilen hasta kendini daha güvenli bir ortamda hisseder (1).

Hasta hastaneye bir yakını ile ya da yalnız gelmiş olabilir. Yakını ile gelen hasta yakınlarına hastanenin düzeni ve hastaya yapılacak uygulamalar ile ilgili bilgi verilmeli ve rahatlatılmalıdır. Hemşirenin bu karşılama ve yerine yerleştirmeden sonra uygulayacağı ilk önemli işlerden biride hayati belirtileri alıp kaydetmektir.

Hasta bakımında en önemli konu hasta ile hemşire arasında iletişimin sağlanmasıdır. Hemşire ve hizmet verdiği bireyler arasında yaşanan çeşitli iletişim-ler, hemşirenin kullandığı iletişim biçimine göre şekil alır. Hemşire hasta ilişkisinde iletişimin öneminin ancak yakın zamanlarda başladığını vurgulayan Levis, eğer hastalarla etkileşimde bulunulmuyorsa, hastalık ve sağlık konusunda sahip olunan bilimsel bilginin bir değer taşımadığını belirtmiştir (21). Hemşirelikteki sorunların bir çoğu hastamızı anlama yeteneğimizdeki yetersizliklerden ve iletişim sürecindeki sorumluluğumuzu tanıyamamamızdan kaynaklanmaktadır.

Hemşire profesyonel rolünü icra ettiği sürece ne söylediğini, ne yaptığını, neden yaptığını ister sözlü, ister sözsüz olsun, tüm davranışlarının karşısındaki kişi üzerinde nasıl bir etki yarattığının farkında olmalı ve hastayı bir birey olarak değerlendirmelidir.

Travelbee, hasta ve sağlıklı bireyin kendini iyi ve değerli hissetmesinde hemşireye büyük sorumluluk düştüğünü ve burada iyi bir iletişim ile sağlamanın mümkün olduğunu savunmuştur (2).

#### **Ameliyat Öncesi Bakım:**

**A- Psikolojik Hazırlık:** Histerektomi ameliyatı olmak üzere hastaneye yatan hastanın bedensel yönden sağlığı bozulmuş olmakla beraber kendisi için çok önemli olan ve toplumlarda kadınlık imajı olarak kabul edilen uterusunun alınması onda ruhsal yönden değişikliklere neden olabilir.

Patterson ve Craig, histerektomi olmuş 100 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada % 29 oranında depresif reaksiyon bulmuşlar ve histerektomi ameliyatının kadınlarda depresyona neden olduğu belirtilmiştir (24). Bu dikkat çekici oranı aza indirmekte hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir.

Hastayı tanımak, hastayla ilgili verileri toplamak için, öncelikle hasta ile görüşmek gerekmektedir. Hastanın hastalığa, ameliyata, tedavilere tepkisi ve uyumu gibi özelliklerinin bilinmesi gerekir (1).

Pre-operatif dönemde hasta için özellikle durumuna ilişkin bilgi edinme ve güvence içinde olma gereksinimi öncelik taşımaktadır. Hastanın ameliyat öncesi bilgisi ve ruhsal olarak ameliyata kendini hazır hissetmesi ameliyat sonrası uyumunu ve iyileşmesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu dönemde hasta, histerektomi ve sonuçlarına ilişkin bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir (9).

Hastanın, gebelik, mensturasyonun devamı, cinsel yaşam, menapoz belirtileri ve fiziksel durumu ile ilgili pek çok sorusu olabileceği gibi, bu sorular açıkça tartışılmadığı için kafasını kurcalayan endişeler haline dönüşebilir (7,9,11).

Vernon, histerektominin yol açtığı bütün psikolojik ve psikosomatik değişimlerin, bu ameliyatla ilgili bilgisizlikten kaynaklandığını ve birçok kadının histerektomiye kadınlıklarının sonu olarak gördüğünü belirtmiştir (26).

Histerektomi ameliyatı olmuş hastada, doğurganlık veya cinsel birleşme yeteneğinin kaybı, eşyle ilişkisinin bozulması, kadınlık yeteneğinin azalması yada kaybı, beden imajının değişmesi, menapozun zararlı etkileri, fiziksel gücünün kaybı gibi pekçok konuda korku ve endişeleri olabilir. Korkuların ve endişelerin büyük bölümü kendisine yeterli ve anlaşılır biçimde açıklama yapılmasıyla giderilebilir (1,7,9).

İnsana sağlıklı bir yaşamın sağlanması için yapılacak girişimlerin tümünde kişinin eğitilmesi en başta gelir.

Sağlık eğitimi bir ekip işidir ve bu ekibin en önemli üyelerinden biri hemşiredir. Toplumlardaki birey ve ailelerin bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmalarına yardımcı olmak, mevcut olan rahatsızlıklarını ve kayıplarını kabullenmelerini

sağlamak ve yeni yaşama uyumlarında hemşireye büyük sorumluluk düşmektedir.

Hastaya uygulamalar ve sonuçları ile ilgili aydınlatıcı bilgi vermek, tedavi sonucu organ kaybı olacaksa bunun kendisinde yaratacağı sorunları ve bu sorunların çözüm yollarını bulmada, yeni yaşama uyumda hastayı desteklemek, aydınlatıcı bilgi vermek hemşirenin eğitim fonksiyonları içine giren ve en önde gelen görevlerinden birisidir.

Histeroktomi ameliyatı olmak üzere hastaneye yatan hasta, kendisi ile ilgili neyin, niçin, nasıl yapılacağını, uygulanacak tedavi sonucunu, bu tedavi sonucunda yaşamını eskisi gibi sürdürüp sürdürmeyeceğini bilmek ister bu onun yasal hakkıdır.

Hastaya hekimi ile işbirliği yapılarak histerektomiye neden baş vurulduğu, abdominal yada vaginal nasıl uygulanacağı, ameliyat sırasında uterusunun alınacağı buna bağlı olarak gebe kalamayacağı, adet göremeyeceği açıklanmalıdır.

Adet görmemeye bağlı olarak, Ateş basması, terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk hissi, çarpıntı, kılınma, saç dökülmesi, kilo alma eğilimi gibi şikayetleri olacağı, ancak bu yakınmaların hormonların azalması nedeniyle ortaya çıktığı, kısa sürede kendiliğinden geçeceği ve hormon tedavisiyle düzeltilen durumlar olduğu belirtilmelidir.

Ameliyat sırasında döl yolunun alınmayacağı bu sayede cinsel yaşamının eskisi gibi devam edeceği açıklanmalıdır. Tüm bu açıklamalara rağmen hastanın endişelerinin devam ettiği gözleniyorsa, neler olduğunu hastanın ortaya koymasına yardımcı olmalı, çözüm bulabilmesi için gerekli ortam sağlanmaya çalışılmalıdır.

**B- Fiziksel Bakım:** Ameliyat olmak üzere hastaneye yatan hastada cerrahi yolla yapılacak tedavinin başarısı cerrahi teknik, bilgi ve beceri olduğu kadar aynı ölçüde ameliyat öncesi hazırlık ve bakım ile ameliyat sonrası bakım bilgisinin kursesiz olmasına bağlıdır.

Bu amaçla ameliyat öncesi yapılan fiziksel bakım;

1. Ameliyat sonu komplikasyonları önlemek amacıyla yapılacak egzersizlerin öğretilmesi
2. Deri temizliği

3. Gastrointestinal sistemin hazırlığı
4. Anesteziye hazırlık
5. Ameliyat gecesini istirahat ve uykunun sağlanması
6. Ameliyat sabahı yapılan hazırlık olmak üzere altı grupta toplanabilir.

1. Ameliyat sonu olası komplikasyonları önlemek amacıyla yapılacak egzersizlerin öğretilmesi: Ameliyattan en erken 1 hafta en geç 1 gün öncesinde yapılmalıdır. Erken yapılırsa hasta bunu unutabilir. Geç yapılırsa ameliyat heyecanı ile yapılacak egzersizleri öğrenemeyebilir.

Ameliyat sonu dolaşım ve solunum komplikasyonlarını önlemek amacıyla ile yaptırılan derin nefes alma, öksürme gibi solunum egzersizleri, bacak egzersizleri aktif ve pasif egzersizler öğretilir, uygulatılır ve bu egzersizlerin gerekliliğine hasta inandırılır.

2. Deri temizliği: Ameliyattan 1 gün önce tam banyo yaptırılır. Ameliyat bölgesinin tıraşı yapılır ve bu bölge sabunlu bezle silinir, durulanır ve antiseptikli solüsyon ile silinip steril bir pet ile kapatılır. İşlem sırasında cilt tahriş edilmemeli, kesilmemeli aksi takdirde infeksiyon için giriş kapısı açılır.

3. Gastrointestinal sistemin hazırlığı: Ameliyat sırasında bulantı-kusma, aspirasyonu ve ameliyat vaginal yolla yapılacaksa bölgenin feçesle bulaşmasını önlemek amacıyla yapılır.

Ameliyattan bir gece önce hastaya yumuşak sulu diyet verilir ve gece 24.00'ten sonra hiçbir şey yememesi hastaya öğütlenir ve bunun gerekliliği anlatılır.

Boşaltıcı lavman bir gece öncesinden ya da ameliyat sabahı uygulanır.

4. Anesteziye hazırlık: Ameliyattan bir gün önce anestezi uzmanı hasta ile görüşülür. Hasta solunum, dolaşım sistemi hastalıkları yönünden ele alınır. Anestezinin şekli konusunda hastaya bilgi verilir.

5. Ameliyat gecesini istirahat ve uykunun sağlanması: İstirahat ve uykunun sağlan-

masında hemşirenin görevi;

- . Hasta yatmadan önce yatağı yapılır.
- . Oda havalandırılır.
- . Sırt masajı yapılır.
- . Bir bardak ılık içecek verilir.
- . Hastanın konuşmasına onu rahatsız eden durumları açıklamasına olanak sağlanır.
- . Bu girişimlerle uyuyamıyorsa, anesteziistin uygun gördüğü sedatif hastaya verilir.

6. Ameliyat sabahı yapılan hazırlık: Hemşire hastayı premedikasyondan bir saat önce uyandırır. Hayati belirtilerini alır ve kaydeder. Deri temizliğini bir kez daha kontrol eder. Tuvalete gönderir. Sabah tuvaleti verilir. Protezleri ve mücevherleri çıkarılır ve korunur. Oje ve ruju çıkarılır. Hastaya sabah birşey yeyip yemediği sorulur. Ameliyat gömleği ve bonesi giydirilir. Premedikasyonu sağlamak amacı ile hekim tarafından uygun görülen ilaç uygulanır ve hastanın premedikasyondan sonra yataktan çıkmamasını, kendisini ameliyathaneye sedye ile götüreceğimizi söyleyip yatak içinde rahat bir pozisyonda bırakılır.

#### Ameliyat Sonrası Bakım:

- . Hasta ameliyattan döner dönmez idrar sondası ve serumunun durumu kontrol edilir. İdrar miktarı ölçülür.
- . Hayati belirtiler sık aralarla kontrol edilir. Şok ve enfeksiyon yönünden değerlendirilir.
- . Ameliyatın şekline göre özel kanama ve akıntı kontrolü yapılır. Bu işlem belirli aralarla tekrarlanır. İç ve dış kanama olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.
- . Perine bakımı enfeksiyon ve kötü kokuların önlenmesi için sık aralarla uygulanmalı, hastanın durumu düzeldiğinde kendisine öğretilerek bakımını vermesi sağlanmalıdır.
- . İdrar sondası kaldığı süre içinde sondanın çalışıp çalışmadığı kontrol edilir ve idrar yolu enfeksiyonlarına karşı gerekli önlemler alınmalıdır.
- . Pelvik bölgedeki kan akımı azalmış olabileceğinden tromboflebitin önlenmesinde aktif ve pasif egzersizlerin yaptırılması önemlidir. Hasta ameliyattan sonra erken ayağa kaldırılmalıdır.
- . Ameliyattan sonra anestezinin etkisi ortadan kalkar kalkmaz solunum ve karın

kasları egzersizleri yaptırılmalı ve hasta öksürtülmelidir.

- . Hastaya, ameliyat sonrası iyileşmesi hızlandıkça durumu hakkında konuşmasına olanak verilmelidir.
- . Hemşire hastanın duygularını paylaşabileceğini belirterek, kendisini güven içinde hissedebileceği bir ortam sağlamaya çalışmalıdır.
- . Hasta eşinin olumlu desteğini ve işbirliğini sağlamak amacı ile, ameliyat ve sonrası etkileri hakkında ona anlaşılır ve yeterli bilgi verilmelidir.
- . Ameliyattan sonra anestezinin etkisi geçince hastaya posa bırakmayan yumuşak sulu diyet denilen ve çorba, komposto, püreden oluşan bir diyet düzenlenmeli, bağırsak peristaltizmi normale dönünce normal beslenmeye geçilmelidir (2,9,26).

#### Taburculuk Eğitimi:

Hasta hastaneden ayrılmadan önce bazı bilgiler kendisine tekrarlanmalıdır (2,9,11).

- . 6 hafta süreyle cinsel ilişkiden kaçınması,
- . Bu süre içinde ağır ve yorucu işler yapmaması, hafif aktivitelerde bulunması,
- . Temizliğine dikkat etmesi, banyosunu duş yada üstten dökme şeklinde yapması,
- . Ameliyat sırasında uterusunun alındığı buna bağlı olarak adet göremeyeceği, çocuk doğuramayacağı, fakat döl yolunun alınmadığı bu sayede cinsel yaşamının eskisi gibi devam edeceği,
- . Herhangi bir yakınması olduğunda hemen, olmadığı takdirde 6 hafta sonunda kontrole gelmesi gerektiği anlatılmalıdır.



### 3. MATERYAL VE METOD

#### ARAŞTIRMA ALANI:

Histerektomi ameliyatı olmuş hastalar üzerinde yapılan bu çalışma, Marmara Üniversitesi Hastanesi ve SSYB Zeynep-Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde gerçekleştirildi.

#### ARAŞTIRMA GRUBU:

1.12.1986-30.10.1987 tarihleri arasında histerektomi ameliyatı olmak üzere hastaneye yatan 22 denek, 20 kontrol grubu olmak üzere toplam 42 hasta üzerinde yapıldı.

Medeni durum, çocuk sayısı, eğitim ve sosyo-ekonomik durum göz önüne alınmaksızın, sadece değerlendirmeyi direkt olarak etkileyebileceği düşünülen habislik etmenini uzaklaştırmak için myomlu hastalar ve seksüel olgunluk devresi olarak kabul edilen 15-45 yaş arası kadın hastalar seçildi.

Çalışmanın sağlıklı yürüebilmesi amacıyla denekler ile yapılan görüşme için sessiz ve sakin bir ortam sağlandı. Deneklere bu araştırmanın amacı kısaca açıklandı.

Deney grubundaki deneklere araştırmacının kendisi tarafından kapsamlı hemşirelik bakımı ve eğitim yapılmasına karşın, kontrol grubundaki deneklere rutin hasta bakımı verildi.

Bu çalışmada, deney grubu deneklere ameliyatın gerekliliği ve ameliyat sonu kendilerinde olabilecek değişiklikler ve sorunlar, bu sorunların çözümlenmeleri için kendilerine yardımlarda bulunabileceğimiz konusunda bilgilendirildiler.

#### Deneklerin değerlendirilmesinde kullanılanlar:

1. Görüşme cetveli: Deneklere sosyo-ekonomik ve kültürel yapılarını saptamak amacıyla 26 soruluk görüşme cetveli karşılıklı görüşülerek dolduruldu (Ek: 1).



2. Hamilton'un Depresyon Ölçeği: Ameliyatın 5 ve 7. günleri arasında uygulandı (Ek: 2).

Hamilton'un Depresyon Ölçeğinde, seçenekleri 3 ila 5 arasında değişen 25 soru bulunmaktadır. Deneklerin verdikleri yanıtlara göre her seçenekteki 1,2,3,4,5 arası değişen puanlar ile değerlendirilerek toplam puan elde edildi.

Depresyon ölçeğindeki sınır değerlere göre kişinin depresyon durumu; 25-49 arası puanda (normal), 50-59 arası puanda (orta-hafif derece), 60-69 arası puanda (orta-şiddetli), 70 ve üzeri puanda (ciddi) depresyon olarak yorumlandı.

Elde edilen veriler yüzdeler ve aradaki ilişkileri karşılaştırmak amacıyla  $\chi^2$  (Chi-square) ve t testi ile değerlendirilerek sonuçlar bulgular bölümünde tablolar halinde verildi.

#### 4. BULGULAR

Materyal ve Metod bölümünde belirtilen esaslara göre alınan sonuçlar ve istatistik değerlendirmeler aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgular dört bölümde ele alınmıştır. Birinci bölümde yaş, medeni durum, yaşadıkları yer, evlilik yılı, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslekler, aylık gelir gibi tanımlayıcı bulgular yer almıştır.

İkinci bölümde kadınlık organlarının önemlilik durumu ve eğitimin önemlilik durumuna etkisine ilişkin bulgular, üçüncü bölümde deneklerin ameliyat sonu kaybettiklerini düşündükleri kadınlık yetenekleri ile ilgili bulgular, dördüncü bölümde ise depresyon düzeylerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular incelenmiştir.

#### I. TANIMLAYICI BULGULAR

##### Yaş

Araştırma kapsamına giren 42 denegin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo I' de gösterilmiştir. Deney grubu deneklerin yaş ortalaması  $\bar{X} = 39.31 \pm 10.7$ , kontrol grubu deneklerin yaş ortalaması  $\bar{X} = 38.95 \pm 12.73$ 'tür. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo I.- Deneklerin Yaşa Göre Dağılımı

Yaş	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
40 ve Altı	14	63.64	13	65	27	64.28
41 ve Üstü	8	36.36	7	35	15	35.72
Toplam	22	100	20	100	42	100

**Medeni Durum:**

Tablo 2 incelendiğinde, deney grubu deneklerin % 90.92<sup>1</sup>(20 kişi) sinin, kontrol grubu deneklerin % 95<sup>1</sup>(19 kişi) inin evli olduğu görülmektedir. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 2.- Deneklerin Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni durum	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	-	-	1	5	1	2.38
Evli	20	90.92	19	95	39	92.85
Dul	2	9.08	-	-	2	4.77
Toplam	22	100	20	100	42	100

**Yaşadıkları Yer:**

Araştırmaya katılan deneklerden, deney grubu deneklerinin % 59.10<sup>1</sup>(13 kişi) u ilde, % 18.18<sup>1</sup>(4 kişi) i ilçede, % 22.72<sup>1</sup>(5 kişi) si köyde, kontrol grubu deneklerin ise % 55<sup>1</sup>(11 kişi) i ilde, % 15<sup>1</sup>(3 kişi) i köyde, % 30<sup>1</sup>(6 kişi) u ilçede oturdukları Tablo 3'te görülmektedir. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 3.- Deneklerin Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı

Yaşadıkları Yer	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl	13	59.10	11	55	24	57.15
İlçe	4	18.18	6	30	10	23.81
Köy	5	22.72	3	15	8	19.04
Toplam	22	100	20	100	42	100

### Evlilik Süresi:

Deneklerin evlilik süresine göre dağılımı Tablo 4'tedir. 20 yıl ve daha az evli olan deney grubu deneklerin oranı % 28.57 (6 kişi), kontrol grubu deneklerin oranı % 63.16 (12 kişi), 21 yıl ve daha fazla evli olan deney grubu deneklerin oranı % 71.43 (15 kişi), kontrol grubu deneklerin oranı % 36.84 (7 kişi) tür. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 4.- Deneklerin Evlilik Süresine Göre Dağılımı

Evlilik yılı	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 yıl ve altı	6	28.57	12	63.16	18	45
21 yıl ve üstü	15	71.43	7	36.84	22	55
Toplam	21	100	19	100	40	100

Not: 1 Denek Dul

Not: 1 Denek Bekar

### Çocuk Sayısı:

Deney grubu deneklerin % 4.55 (1 kişi) inin çocuksuz, % 45.45 (10 kişi) - inin 1 ve 2 çocuklu, % 50 (11 kişi) sinin 3 ve daha fazla çocuklu, kontrol grubu deneklerin % 20 (4 kişi) sinin çocuksuz, % 35 (7 kişi) inin 1 ve 2 çocuklu % 45 (9 kişi) inin 3 ve daha fazla çocuklu oldukları Tablo 5'te görülmektedir. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 5.- Deneklerin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Çocuk Sayısı	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çocuksuz	1	4.55	4	20	5	11.90
1 ve 2 çocuklu	10	45.45	7	35	17	40.48
3 ve daha fazla çocuk	11	50	9	45	20	47.62
Toplam	22	100	20	100	42	100

### Öğrenim Durumu:

Tablo 6 incelendiğinde, deney grubu deneklerin % 18.18' (4 kişi) inin okur-yazar, % 54.55' (12 kişi) inin ilkökul öğrenim düzeyinde, % 27.27' (6 kişi) sinin ortaokul ve üstü öğrenim düzeyinde, kontrol grubu deneklerin % 30' (6 kişi) unun okur-yazar, % 45' (9 kişi) inin ilkökul öğrenim düzeyinde, % 25' (5 kişi) inin ortaokul ve üstü eğitim düzeyinde oldukları görülmektedir. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 6.- Deneklerin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar	4	18.18	6	30	10	23.80
İlkökul	12	54.55	9	45	21	50
Ortaokul ve üstü	6	27.27	5	25	11	26.20
Toplam	22	100	20	100	42	100

### Meslek Durumu:

Tablo 7'de görüldüğü gibi deney grubu deneklerin % 81.81' (18 kişi) i ev kadını, kontrol grubu deneklerin % 90' (18 kişi) u ev kadını olarak en fazla denek sayısını oluşturmaktadır. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 7.- Deneklerin Mesleklere Göre Dağılımı

Meslek	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev kadını	18	81.81	18	90	36	85.72
Diğer	4	18.19	2	10	6	14.28
Toplam	22	100	20	100	42	100

### **Aylık Gelir Durumu:**

Deney grubu deneklerin % 18.18<sup>1</sup>(4 kişi) i 50.000-100.000 TL, % 54.54<sup>1</sup>(12 kişi) ü 100.000-150.000 TL, % 27.28<sup>1</sup>(6 kişi) i 150.000-200.000 TL aylık gelire, kontrol grubu deneklerin % 25<sup>1</sup>(5 kişi) i 50.000-100.000 TL, % 20<sup>1</sup>(4 kişi) si 100.000-150.000 TL, % 55<sup>1</sup>(11 kişi) i 150.000-200.000 TL aylık gelire sahip olduklarını söylemişlerdir. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

## 2. KADINLIK ORGANLARININ ÖNEMLİLİK DURUMU VE EĞİTİMİN ÖNEMLİLİK DURUMUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

### Kadınlık Organlarının Önemlilik Durumu:

Tablo 8'de görüldüğü gibi deney grubu deneklerin % 22.72'(5 kişi) i meme, % 45.46'(10 kişi) si uterus, % 4.55'(1 kişi) i over, % 9.09'(2 kişi) u vajen, % 18.18'(4 kişi)'i hepsi diye yanıt verirken, kontrol grubu deneklerin sadece % 10'(2 kişi) u meme, % 80'(16 kişi) i uterus, % 10'(2 kişi) u da hepsi diye yanıt vermiştir. Sonuç olarak düşüncelerin uterusu yoğunlaştığı görülmüş ve her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 8.- Kadınlık Organlarının Önemlilik Durumunun Deneklere Göre Dağılımı

ORGAN	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Meme	5	22.72	2	10	7	16.66
Uterus	10	45.46	16	80	26	61.90
Over	1	4.55	-	-	1	2.39
Vajen	2	9.09	-	-	2	4.76
Hepsi	4	18.18	2	10	6	14.29
Toplam	22	100	20	100	42	100

### Eğitim Düzeyinin Kadınlık Organlarının Üzerine Etkisi:

Deney grubunun % 54.59'(12 kişi) u ilköğretim mezunu olup bunların % 41.7'(5 kişi) si, kontrol grubunun % 45'(9 kişi) i ilköğretim mezunu olup bunların % 88.8'(8 kişi) i en önemli kadınlık organlarını uterus olduğunu söylemişler ve her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

### 3. DENEKLERİN AMELİYAT SONU KAYBETTİKLERİNİ DÜŞÜNDÜKLERİ KADINLIK YETENEKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

#### Menstruasyon Olmamasının Kendilerini Etkileme Durumu:

Tablo 9'da görüldüğü gibi deney grubu deneklerin % 40.92' (9 kişi) si etkilenebileceğini, % 54.54' (12 kişi) ü etkilenmeyeceğini, % 4.54' (1 kişi) ü bilmediğini, kontrol grubu deneklerin % 65' (13 kişi) i etkilenebileceğini, % 20' (4 kişi) si etkilenmeyeceğini, % 15' (3 kişi) i bilmediğini söylemişler ve her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 9.- Deneklerin Menstruasyon Olmamasının Kendilerini Etkileme Durumuna Göre Dağılım

Etkilenme Durumu	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	9	40.92	13	65	22	52.38
Hayır	12	54.54	4	20	16	38.10
Bilmiyorum	1	4.54	3	15	4	9.52
Toplam	22	100	20	100	42	100

#### Ameliyatın Cinsel Yaşamlarına Etkisi:

Tablo 10'da görüldüğü gibi, deney grubu deneklerin % 13.63' (3 kişi) ü etkilenebileceğini, % 77.27' (17 kişi) si etkilenmeyeceğini, % 9.10' (2 kişi) u bilmediğini, kontrol grubu deneklerin % 55' (11 kişi) i etkileneceğini, % 5' (1 kişi) i etkilenmeyeceğini, % 40' (8 kişi) i bilmediğini belirtmişler ve her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ ).



Tablo 10.- Deneklerin Ameliyat Sonu Cinsel Yaşamlarını Etkileme Durumuna Göre Dağılımı

Etkilenme Durumu	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	3 (7.33)	13.63	11 (6.67)	55	14	33.34
Hayır	17 (9.43)	77.27	1 (8.57)	5	18	42.86
Bilmiyorum	2 (5.24)	9.10	8 (4.76)	40	10	23.80
Toplam	22	100	20	100	42	100

**Çocuğun Olmamasının Denekler Üzerinde Etkisi:**

Tablo II'de görüldüğü gibi, deney grubu deneklerin % 13.63' (3 kişi) ü etkilenebileceğini, % 77.27' (17 kişi) si etkilenmeyeceğini, % 9.10' (2 kişi) u bilmediğini, kontrol grubu deneklerin % 15' (3 kişi) i etkilenebileceğini, % 65' (13 kişi) i etkilenmeyeceğini, % 20' (4 kişi) si bilmediğini söylemişler ve her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Tablo 11.- Ameliyat Sonu Çocuğun Olmamasının Denekler Üzerine Etkisine Göre Dağılımı

Etkilenme Durumu	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	3	13.63	3	15	6	14.29
Hayır	17	77.27	13	65	30	71.42
Bilmiyorum	2	9.10	4	20	6	14.29
Toplam	22	100	20	100	42	100

#### 4. DENEKLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİ YANSITAN BULGULAR

##### Depresyon Durumu:

Tablo 12'de görüldüğü gibi denekler depresyon yönünden incelendiğinde, deney grubu deneklerin depresyon puan ortalaması  $\bar{X} = 35.45 \pm 8.62$ , kontrol grubu deneklerin depresyon puan ortalaması  $\bar{X} = 54.05 \pm 17.25$  olarak saptanmış, her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ ).

Tablo 12.- Deneklerin Depresyon Düzeyleri

DEPRESYON PUAN KARŞILAŞTIRMASI					
Gruplar	Denek Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	t-Değeri	P-Değeri
Deney	22	35.45	8.62	4.48	P < 0.001
Kontrol	20	54.05	17.25		

## 5. TARTIŞMA

Histerektomi ameliyatı geçirmiş kadınların toplumlarda değer verilen bir obje olan uterus kaybının kadında yaratacağı depresyon düzeyi ve bunun giderilmesinde hemşirenin etkinliği saptanarak literatür bilgilerinin ışığı altında tartışıldı.

Araştırma kapsamına giren denekler 20-50 yaş arasında dağılım göstermektedir. Deney grubu deneklerin % 63.64'ünün 40 yaş ve altında, % 36.36'sının 41 yaş ve üstünde, kontrol grubu deneklerin % 65'inin 40 yaş ve altında, % 35'inin 41 yaş ve üstünde olduğu, yaş ortalamalarının 39'da yoğunlaştığı belirlenmiştir.

Deney grubu deneklerin % 90.92'sinin evli, % 9.08'inin dul, kontrol grubu deneklerin % 95'inin evli, %5'inin bekar olduğu saptanmıştır.

Deney grubu deneklerin % 59.10'u ilde, % 18.18'i ilçede, %22.72'si köyde, kontrol grubu deneklerin % 55'i ilde, % 30'u ilçede, % 15'i köyde oturmaktadır.

Deneklerin evlilik süreleri incelendiğinde, deney grubu deneklerin % 28.57'sinin 20 yıl ve altında, % 71.43'ünün 21 yıl ve üstünde, kontrol grubu deneklerin % 63.16'sının 20 yıl ve altında, % 36.84'ünün 21 yıl ve üstünde evli olduğu görülmüştür.

Deney grubu deneklerin % 4.55'inin çocuksuz, % 45.45'inin 1 ve 2 çocuklu, % 50'sinin 3 ve daha fazla çocuklu, kontrol grubu deneklerin % 20'sinin çocuksuz % 35'inin 1 ve 2 çocuklu, % 45'inin 3 ve daha fazla çocuklu oldukları saptanmıştır.

Deney grubu deneklerin % 18.18'inin okur-yazar, % 54.55'inin ilkokul, %27.27'sinin orta okul ve üstü, kontrol grubu deneklerin % 30'unun okur-yazar, % 45'inin ilkokul, % 25'inin orta okul ve üstü eğitim gördükleri belirlenmiştir. Ayrıca deney grubu deneklerin % 81.81'inin evkadını, %18.19'unun diğer mesleklerde çalıştıkları, kontrol grubu deneklerin %90'ının evkadını %10'unun diğer mesleklerde çalıştıkları saptanmıştır.

Ülkemizde kadınlarımızın öğrenim düzeylerinin düşük olması, doğurganlığı verilen önem ve bu nedenle erken yaşta evlendirilmeleri, eşlerin ev dışında bir işte çalışmalarını engellemeleri ve mesleklerinin olmayışından dolayı bu durumun ortaya çıktığı benzer çalışmalar ve literatür bilgileri ile kanıtlanmıştır. (14,15,

16, 18). Kadınlarımızın toplumdaki gerçek yerini alabilmesi ve sağlık alanında bilinçlendirilmesi ancak eğitim düzeyinin yükseltilmesi ile gerçekleşecektir.

Deneklerin aylık gelir durumu incelendiğinde, deney grubu deneklerin % 18.18'inin 50.000-100.000 TL arasında, % 54.54'ünün 100.000-150.000 TL arasında, % 27.28'inin 150.000-200.000 TL arasında, kontrol grubu deneklerin % 25'inin 50.000-100.000 TL arasında, % 20'sinin 100.000-150.000 TL arasında, % 55'inin 150.000-200.000 TL arasında aylık gelire sahip oldukları görülmüştür.

Çalışma kapsamına alınan deneklerin yaş, medeni durum, yaşadıkları yer, evlilik yılı, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek ve gelir durumu yönünden aralarında anlamlı bir ilişkinin bulunmaması deney ve kontrol grubu deneklerin homojen özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

En önemli kadınlık organınız sorusuna, deney grubu deneklerin % 22.72'si meme, % 45.46'sı uterus, % 4.55'i over, % 9.09'u vajen, % 18.18'i hepsi diye yanıt verirken, kontrol grubu deneklerin sadece %10'u meme, % 80'i uterus, % 10'u hepsi diye yanıt vermişlerdir. En önemli kadınlık organınız hangisi sorusuna deney ve kontrol grubu deneklerin verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ( $P > 0.05$ , Tablo 8). Kadınlık organlarının önemlilik durumunun sıralanmasında düşüncelerin uterusu yoğunlaştığı görülmektedir. Drellich ve Beiber (24), uterusun kadının önemli bir sembolü olduğunu vurgulamışlar ve uterus kaybının kadın yaşamında önemli ve korku veren bir durum olduğunu saptamışlardır. Polivy (24), Drellich ve Beiber'in sonuçlarını doğrulamıştır.

Kültürümüzde kadının sahip olduğu sosyal statüde doğurganlığın büyük önem taşıdığı bilinmektedir (9, 14, 15, 18). Kızılkaya (16), ailede çocuğun gerekli olup olmamasıyla ilgili araştırmasında, erkek deneklerin tümünün, kadın deneklerin % 97'sinin ailede çocuğun gerekli olduğuna inandıklarını saptamıştır. Aynı çalışmada, çocuk isteme nedenlerine göre kadın deneklerin % 60'ının evliliği sürdürme, erkek deneklerin % 70'inin neslin devamı yönünden çocuğun önemini vurguladıklarını belirtmiştir. Kadınların evliliğin devamı için ailede çocuk isteminde bulunmalarının eşim üstüme evlenebilir ya da beni boşayabilir endişelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Kağıtçıbaşı, Kızılkaya, kadının doğurganlığı kocasının ailesince benimsenmesini ve durumunun sağlamlaşmasını sağladığını belirtmişlerdir (15,16). Bu neden-

le kadının uterusuna verdiği önemin arttığı ve uterusunu doğurganlık yeteneği ile eş tuttuğu görülmektedir.

Deneklerin eğitim düzeyinin kadınlık organlarının önemi üzerine etkisi incelendiğinde, deney grubunun % 54.59'u ilkokul mezunu olup bunların % 41.7'si, kontrol grubunun % 45'i ilkokul mezunu olup bunların % 88.8'i en önemli kadınlık organlarının uterus olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumun araştırma kapsamı içindeki deneklerin eğitim düzeylerinin ilkokulda yoğunlaşmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Deneklerin menstrasyon olmamasının kendilerini etkileme durumunu gösteren bulgularımıza göre, deney grubu deneklerden % 40.92'si etkilenebileceğini, % 54.54'ü etkilenmeyeceğini, % 4.54'ü bilmediğini, kontrol grubu deneklerden % 65'i etkilenebileceğini, % 20'si etkilenmeyeceğini, % 15'i bilmediğini belirtmişlerdir. Deney ve kontrol grubu deneklerin menstrasyon olmamasının kendilerini etkileme durumuna verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $P > 0.05$ , Tablo 9). Drellich ve Beiber (24), Memorial Central'de histerektomi ameliyatı uygulanmış hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların büyük bir kısmının menstrasyon yeteneğinin kaybindan dolayı kederlendiklerini, menstruel fonksiyona karşı olumlu duygular taşıdıklarını saptamışlardır. Lauglin (19), bir çok kadının menstrasyon olamayacağı gerçeğini kabul etmelerinin oldukça güç olduğunu belirtmiştir. Bu verilerin araştırma kapsamına aldığımız deneklerin düşünceleri ile paralellik göstermemesinin nedeni araştırma kapsamındaki deney grubu deneklerin % 95.45'inin, kontrol grubu deneklerin % 80'inin çocuk sahibi olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Ameliyatın cinsel yaşamlarını etkileme durumunu gösteren bulgularımıza göre, deney grubu deneklerin % 13.63'ü etkilenebileceğini, % 77.27'si etkilenmeyeceğini, % 9.10'u bilmediğini, kontrol grubu deneklerin % 55'i etkilenebileceğini, % 5'i etkilenmeyeceğini, % 40'ı bilmediğini belirtmişlerdir. Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0,001$ , Tablo 10). Bu sonuçlar, ülkemizdeki bireylerin cinsellik ve cinsel organların fonksiyonlarıyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu ve eğitime olan gereksinimlerini kanıtlamaktadır. Williams (27), cinsiyet rolünün tanımı ve önemini vurgulayarak, kadınımsı rolün kadının histerektomiye bakış açısında çok önemli

olduğunu belirtmiştir. İngiliz ve Meksikalı kadınları histerektomiden sonra karşılaştırılmış ve İngiliz kadınların küçük yaştan itibaren kadın ve erkek konularında daha fazla eğitildiklerinden, Meksikalı kadınlara göre daha olumlu tutumlar yansıtıkları görülmüş, Gençalp (9), evli deneklerin ameliyat sonrası cinsel ilişkilerinde farklılık bekleyip beklemedikleri ile ilgili yaptığı araştırmada, deneklerin % 53.5'inin cinsel ilişkide farklılık bekleyip beklemediklerini bilmediklerini, % 22.5'inin farklılık beklediğini saptamıştır.

Drellich ve Beiber (24), çalışmalarında kadınların bir çoğunun histerektomiden sonra gebe kalma korkusunun kalkması sonucu eşleri ile daha rahat cinsel ilişki kurabileceklerini düşündüklerini belirtmelerine rağmen, bazıları da bu durum sonucu kocalarının kendilerini "eksik kadın" kabul ederek beğenmeyecekleri endişesini belirttiklerini vurgulamışlardır.

Deneklerin ameliyattan sonra çocuk sahibi olmamalarının yaşamlarına etkisine ilişkin düşünceleri, deney grubu deneklerin % 13.63'ü etkilenebileceğini, %77.27'si etkilenebileceğini, %9.10 bilmediklerini, kontrol grubu deneklerin %15'i etkilenebileceğini, %65'i etkilenebileceğini % 20'si bilmediğini belirtmişlerdir. Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ( $P < 0.05$ , Tablo 11). Drellich ve Beiber (24), çocuk doğurma yeteneği kaybının kadınlığın bir parçasının eksik olacağını düşündüğünü belirtmelerine rağmen, bizim çalışmamızda deneklerin yaş ortalamasının 39, çoğunun çocuk sahibi olmalarının sonucu etkileyebileceği düşünülebilir.

Denekler depresyon yönünden incelendiğinde, deney grubu deneklerin depresyon puan ortalamaları  $35.45 \pm 8.62$ 'iken kontrol grubu deneklerin depresyon puan ortalamaları  $54.05 \pm 17.25$  olarak belirlenmiş olup deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında grub ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ , Tablo 12). Literatür bilgilerinde Şuer (24), Richards (9), Akner (24), Kroger (2), Melody (24), Patterson ve Craig (24), Antonelli (24)'nin sonuçları bizim bulgularımızı desteklemektedir.

Yaş değişkeni ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ile depresyon puanı arasında pozitif bir ilişkinin olduğu, yani yaş ilerledikçe depresyon puanının arttığı görülmüştür. Bu ilişki istatistik olarak anlamlıdır ( $r = 0.50$ ,  $0.01 < P < 0.05$ ). 40 yaş ve altında depresyon puan ortalaması  $32.6 \pm 7.22$ 'iken 41 yaş ve



üstünde depresyon puan ortalaması 40.37±9.08 olarak belirlenmiştir. Richards (9), histerektomili hastaların 40 yaş grubunda depresyonun % 55 oranında görüldüğünü, aynı yaş grubu başka büyük ameliyat geçiren hastalarda ise depresyonun % 14 oranında görüldüğünü belirtmiştir.

Çocuk sayısı ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, çocuk sayısı azaldıkça depresyon puanının arttığı doğrultusunda bir sonuç vermiş fakat sonuç istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır ( $P > 0.05$ ). Şuer (2), histerektomi sonrası depresyona girme riskinin en fazla çocuksuz kadınlarda olduğunu saptamıştır.

Vernon (26), histerektominin yol açtığı bütün psikolojik ve psikosomatik değişimlerin bu ameliyatla ilgili bilgisizlikten kaynaklandığını ve birçok kadının histerektomiyi kadınlıklarının sonu olarak gördüklerini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda araştırma kapsamına aldığımız ve kendilerine kapsamlı hemşirelik bakımı vererek konu ile ilgili anlaşılır ve yeterli bilgi verdiğimiz deney grubu deneklerin depresyon puan ortalaması ile, rutin hasta bakımı verilen ve kendilerine konu ile ilgili anlaşılır ve yeterli bilgi verilmeyen kontrol grubu deneklerin depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılmasında grub ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ , Tablo 12).

Bu nedenle, toplumun genel sağlık bilgi düzeyinin yükseltilmesi, cinsel eğitim yapılması ve bunların yanısıra tedavi edici alanda organ kaybı ile sonlanan ameliyatlardan önce hastaya anlaşılır ve yeterli bilginin verilmesi, durumunu kabullenme ve yeni yaşama uyumunda desteklenmesi gereklidir. Bu alanda hemşireye büyük görev ve sorumluluk düşmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan deney grubu deneklerin % 63.64'ünün 40 yaş ve altında, % 90.92'sinin evli, % 59.10'unun ilde yaşadıkları, % 71.43'ünün 21 yıl ve üstünde evli, % 50'sinin üç ve daha fazla çocuk sahibi, % 54.55'inin ilkokul mezunu, % 81.81'inin ev kadını, % 54.54'ünün 100.000-150.000 TL aylık gelire sahip oldukları, kontrol grubu deneklerin % 65'inin 40 yaş ve altında, % 95'inin evli, % 55'inin ilde yaşadıkları, % 63.16'sinin 20 yıl ve altında evli, % 45'inin üç ve daha fazla çocuk sahibi, % 45'inin ilkokul mezunu, % 90'ının ev kadını, % 55'inin 150.000-200.000 TL aylık gelire sahip oldukları belirlenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan deneklerin yaş, medeni durum, yaşadıkları yer, evlilik yılı, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek ve gelir durumu yönünden aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Deney grubu deneklerin % 45.46'sının, kontrol grubu deneklerin % 80'inin en önemli kadınlık organı olarak uterusu gördükleri saptanmış olup, kadınlık organlarının önemlilik durumu sıralamasında düşüncelerin uterusu yoğunlaştığı belirlenmiştir. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Deney grubu deneklerin % 54.54'ü menstruasyon olmamalarının kendilerini etkilemeyeceğini, kontrol grubu deneklerin ise % 65'i bu durumdan etkilenebileceğini belirtmişler ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Deney grubu deneklerin % 77.27'si ameliyatın cinsel yaşamlarını etkilemeyeceğini, kontrol grubu deneklerin ise % 55'i bu durumdan etkilenebileceğini belirtmişlerdir. Her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

Deney grubu deneklerin % 77.27'si, kontrol grubu deneklerin % 65'i ameliyat sonucu çocuklarının olmamasının kendilerini etkilemeyeceğini düşündüklerini belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan denekler depresyon yönünden incelendiğinde, deney grubu deneklerin depresyon puan ortalaması  $35.45 \pm 8.62$  iken, kontrol grubu deneklerin depresyon puan ortalaması  $54.05 \pm 17.25$  olarak saptanmış olup deney



ve kontrol grublarının depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılmasında grub ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ , Tablo 12).

Yaş ilerledikçe ve çocuk sayısı azaldıkça, depresyon puanının arttığı görülmüştür.

Bu araştırma sonuçlarına göre beliren sorunlara çözüm getirmek amacıyla yapılması gerekli öneriler aşağıdaki şekilde sıralanabilir.

- . Sağlık ve cinsellik konusunda yazılmış kitaplar, radyo ve televizyon programları ile kadın ve erkeklerin bilgi düzeylerinin arttırılması,
- . Cinsellikle ilgili gereksinim duyulan bilgilerin alınabilmesi için danışma bürolarının kurulması,
- . Uzmanlaşmış hemşirelerin kendi alanlarında görevlendirilmesi,
- . Hemşirelerin eğitim fonksiyonunun daha etkin hale getirilmesi için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- . Hasta ve ailesine ameliyat öncesi konu ile ilgili anlaşılır ve yeterli bilginin verilmesinin histerektomi ameliyatı sonrasında oluşan depresyonun giderilmesinde etkin olacağı inancındayız.

## 7. ÖZET

Çalışma, histerektominin kültürümüz kadınlarında yapacağı olumsuz fiziksel ve psiko-sosyal etkilerini, ameliyat öncesi verilen kapsamlı hemşirelik bakımı ve eğitim ile ne düzeyde giderilebileceğini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

Marmara Üniversitesi Hastanesi ve SSB Zeynep-Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde histerektomi ameliyatı olmuş 22 deney, 20 kontrol olmak üzere toplam 42 hasta araştırma grubunu oluşturmuştur.

Medeni durum, çocuk sayısı, eğitim ve sosyo ekonomik durum gözönüne alınmaksızın sadece değerlendirmeyi direkt olarak etkileyebileceği düşünülen habislik etmenini uzaklaştırmak için myomlu ve 15-45 yaş arası kadın hastalar seçilmiştir.

Deneklerin değerlendirilmesinde;

. Görüşme cetveli: Deneklere sosyo-ekonomik ve kültürel yapılarını saptamak amacıyla 26 soruluk görüşme cetveli karşılıklı görüşülerek doldurulmuştur.

. Hamilton'un depresyon ölçeği: 25 sorudan oluşan bu ölçek, deney grubuna kapsamlı hemşirelik bakımı ve eğitim, kontrol grubuna ise rutin hasta bakımı verildikten sonra ameliyatın 5 ve 7. günleri arasında uygulanmıştır.

Deneklerin yaş, medeni durum, yaşadıkları yer, evlilik yılı, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, aylık gelir durumu gibi bilgilerin yanı sıra, kadınlık organlarının önemlilik sırası ve eğitimin önemlilik sırasına etkisi, ameliyat sonrası kaybettiklerini düşündükleri kadınlık yetenekleri ve depresyon düzeyleri araştırılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin büyük bir çoğunluğu en önemli kadınlık organlarının uterus olduğunu belirtmişlerdir.

Deney grubu deneklerin % 13.63'ünün, kontrol grubu deneklerin % 55'inin histerektomi ameliyatının cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyeceğini düşündükleri saptanmış ve her iki grub arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunarak, toplumumuzdaki bireylerin cinsel organları ve bunların fonksiyonları ile ilgili bilgi gereksinimi içinde oldukları anlaşılmıştır.

Denekler depresyon yönünden incelendiğinde, kendilerine kapsamlı hemşirelik bakımı ve eğitim verilen deney grubu ile, konu ile ilgili bilgi verilmeyen ve rutin hasta bakımı verilen kontrol grubu denekler arasındaki depresyon puan ortalaması farklı istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ ).

Araştırmamızda uterusun çıkarılmasıyla sonlanan histerektomi ameliyatından sonra cinsel yaşamın sürdürülemediği, en önemli kadınlık organının uterus olduğu düşünceleri, deneklerde ağırlık kazanarak ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği belirlenmiştir.

Bulgularımızın sonuçlarından da anlaşıldığı gibi bu alanda hemşireye büyük sorumluluk düşmektedir.

## 8. SUMMARY

This study is aiming to determine the negative effects (physical and psycho-social) of hysterectomy on our female patients and if these negative effects could be by intensive nursing care and education.

In our study we studied 22 patients as our study group and 20 patients as control group who were operated at Marmara University and Social Health Ministry Hospital Zeynep-Kamil.

Selection criteria were, patients who were sexually active and had no malignancy. Our patients were between 15 and 45 years old and with benign myomas.

In our study we used the following methods to evaluate our patients.

- . Information form: 26 questions were asked to our patients in order to determine their social-economical and cultural levels.
- . Hamilton's depression scale: This scale which has 25 questions was applied post-operation after 5 or 7 days to study group after intensive nursing care and informing them about the operation and to control group after routine patient care.

Patients' ages, marriages, living places, years of their marriages, number of babies, education levels, occupations, economical levels and importance order of the sexual organs and the effect of education to this importance order, their thoughts about their sexual loss after the operation and depression levels were determined.

Most of the patients defined uterus as their most important sexual organ.

In our study we found 13.63 % of the patients in the study group and 55 % of the patients in the control group to be affected negatively and they were thinking negatively about their coming lives.

The difference between these two groups was found statistically significant, and more positive for the study group.

After evaluation of the depression scala of these two groups, we found the difference statistically significant ( $P < 0.001$ ).

Results of this study showed us that uterus is accepted as the most important sexual organ by our females and hysterectomy without information and intensive nursing care will cause an increase in depression.

Our females need information and education about their sexual organs and sexual lives. According to us this responsibility belongs nurses.



## KAYNAKLAR

- 1 - Aksoy, G. : Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Hasta Bakımında Psikososyal Faktörlerin Rolü Ve Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1882 (Doktora Tezi).
- 2 - Ananth, J. : Hysterectomy and Depression, Fac.Med., Mc Gill Univ. Montreal Can-Obstet. Gynecol., 52:6 724, 30, 1980.
- 3 - Arısan, K. : Kadın Hastalıkları, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 2. baskı, 1986.
- 4 - Büyükkaradağ, N. : Your Hysterectomy and Overcoming Pain, June, 1978.
- 5 - Carbary, L. J. : The Hysterectomy Patient, Nurse Care, 8:8, February, 1975.
- 6 - Çanga, Ş., Önder, İ. : Kadın Hastalıkları, Ankara Tıp Fak. Yayınları, 1976.
- 7 - Ekizler, H. : Jinekoloji Ameliyatlarında Ön Planda Alınan Bakım Gereksinimleri, Ulusal Cerrahi Kongresi, İstanbul, 1978.
- 8 - Fişek, N. : Eğitim, Çağ Matbaası, Ankara, 1986.
- 9 - Gençalp, S. : Histerektomili Hastanın Hemşirelik Bakımı, Türk Hemşireler Dergisi, 34:3, 1984.
- 10- Göktepe, E. : Depresyon Üzerine Bir Söyleşi, Psikiyatri Semineri, İstanbul 1986.
- 11- Güler, K. : Histerektomili Hastanın Hemşirelik Bakımı, Ders Notları.
- 12- Güler, K. : Doğuma Fizyolojik ve Psikolojik Yönden Hazırlanmış Gebelerle, Hazırlanmamış Olanların Antepartum, Intrapartum ve Postpartum Dönemlerindeki Anksiyete Farklılıklarının Araştırılması, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1982 (Doktora Tezi).
- 13- Gürel, Y. : Depresyon Tanısı Konan Hastalarda Rorchach Testi ile Objektif Hamilton ve Subjektif Zunk Ölçeklerinin karşılaştırılması, İstanbul 1985, (Doktora Tezi).
- 14- İnanç, N. : Türk Toplumunda Sekse İlişkin Sorunlar ve Sağlık Personelinin Rolü, Türk Hemşireler Dergisi, 4, 1983.
- 15- Kağıtçıbaşı, Ç. : Çocuğun Değeri, Türkiye'de Değerler ve Doğurganlık, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, Gözlem Matbaacılık, İstanbul, 1981.

- 16- Kızılkaya, N. : Infertil Çiftlerin Bilgileri, Uygulamaları ve Infertilitenin Psiko-Sosyal Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1987 (Yüksek Lisans Tezi).
- 17- Koptagel, G. : Tıpsal Psikoloji, Cerrahpaşa Tıp Fak. Yayınları, İstanbul, 1980.
- 18- Koptagel, G. : Ruh Sağlığı Açısından Kadın, Türkiye Kadın Sağlığı Sorunları Sempozyumu, İstanbul, 1976.
- 19- Laughlin, E. : Nursing Care In Hysterectomy, American Journal of Nursing, Vol. 50, No: 5, 295-298, 1950.
- 20- Özyayın, S. : Psikiyatri, Sanal Matbaacılık, İstanbul, 1983.
- 21- Özcan, A. : Hemşire Hasta ilişkisi, Türk Hemşireler Dergisi, 36:2, 1986.
- 22- Pektekin, Ç. : Depresyonlu Hastada Hemşirelik Bakımı, Ders Notları.
- 23- Stanfill, P.H. : The Psychosocial Implications Of Hysterectomy, Jogn Nursing, September / October, 1982.
- 24- Şuer, T. : Histerektomi Sonrası Ruhsal Durum, İstanbul, 1983, (Doktora Tezi).
- 25- Velicangil, S. : Biyoloji Tıp ve Eczacılık Bilimlerinde İstatistik Metodları, Formül, Matbaası, İstanbul, 1979.
- 26- Vernon, A. : Explainin Hysterectomy, Nursing, 3, 36-38, September, 1978.
- 27- Willians, M.A. : Cultural Patterning Of The Feminine Role A Factor In The Responce To Hysterectomy, Nursing Forum, Vol.12, No: 4, 379-387, 1973.
- 28- Ziyalar, A. : Sosyal Psikiyatri, İstanbul.

## **ÖZGEÇMİŞ**

1961 yılında Tekirdağ'da doğan Fatma Eti, 1977 yılında Edirne Sağlık Okulu'ndan, 1981 yılında Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi'nden, 1985 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur. 1984-1986 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Müdürlüğünde Süpervisör hemşire olarak çalışmış, 1987 yılında Marmara Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'ne Öğretim Görevlisi olarak atanmıştır. Halen aynı okulda görev yapmaktadır.

Fatma Eti bekar olup, İngilizce bilmektedir.

Türk Hemşireler Derneği'ne üyedir.



EK: 1

### GÖRÜŞME CETVELİ

- 1 - Adınız, Soyadınız: ..... Kontrol Grubu ( )
- 2 - Doğum Tarihiniz: ..... Deney Grubu ( )
- 3 - Doğum Yeriniz : ..... Tanı:
- 4 - Adres ve Telefon No: ..... Ameliyat Tarihi:  
.....
- 5 - Öğrenim Durumunuz:
- a) Okur Yazar ( )
- b) İlkokul ( )
- c) Ortaokul ( )
- d) Yüksekokul ( )
6. Bir İşte Çalışıyormusunuz:
- Evet ( )
- Hayır ( )
- 7 - Altıncı Soru Evet İse Mesleğiniz:  
.....
- 8 - Medeni Durumunuz:
- Evli ( )
- Bekar ( )
- 9 - Evli İseniz Kaz Yıllık:  
.....
- 10 - Kaç Çocuğunuz Var:  
.....
- 11 - Eşinizin Öğrenim Durumu:
- a) Okur Yazar ( )
- b) İlkokul ( )
- c) Ortaokul ( )
- d) Yüksekokul ( )
- 12 - Eşinizin Mesleği:
- a) İşçi ( )
- b) Memur ( )
- c) Serbest ( )
- d) İşsiz ( )

13 - Ailenizin Toplam Aylık Geliri:

- a) 30.000- 50.000 ( )  
b) 50.000-100.000 ( )  
c)100.000-150.000 ( )  
d)150.000- Daha Fazla ( )

14 - Kazancınız Rahat Yaşamınıza Yetiyormu:

- Evet ( )  
Hayır ( )  
Bilmiyorum ( )

15 - Daha Önce Ameliyat Geçirdiniz mi:

- Evet ( )  
Hayır ( )

16. 15. nci Soru Evet İse Ne Ameliyatı Geçirdiniz:

.....

17 - Şimdi Ne Ameliyatı Oldunuz:

.....

18 - Yakınlarınızdan Bu Ameliyatı Olan Varmı:

- Evet ( )  
Hayır ( )

19 - Sizce En Önemli Kadınlık Organınız Hangisidir:

- a) Memeler ( )  
b) Rahim ( )  
c) Yumurtalıklar ( )  
d) Vagen ( )

20 - Bu Ameliyattan Sonra Hangi Fonksiyonlarınızı Kaybettiğinizi Düşünüyorsunuz:

- a) Çocuk Doğurma ( )  
b) Adet Görme ( )  
c) Cinsel İlişki ( )  
d) Hepsi ( )

21 - Bu Ameliyattan Sonra Kadınlığınız Kaybettiğiniz Düşünüyor musunuz:

- Evet ( )  
Hayır ( )

22 - Adet Görmemeniz Kadınlığınız Yönünden Sizi Etkilermi:

Evet ( )

Hayır ( )

Bilmiyorum ( )

23 - Bu Ameliyattan Sonra Cinsel Yaşantınızda Değişiklik Olacağını Düşünüyormusunuz:

Evet ( )

Hayır ( )

Bilmiyorum ( )

24 - Bu Ameliyattan Sonra Çocuğunuz Olmaması Sizi Etkilermi:

Evet ( )

Hayır ( )

Bilmiyorum ( )

25 - Eşinizi Etkilermi:

Evet ( )

Hayır ( )

Bilmiyorum ( )

26 - Yanıtınız Evet İse Nasıl Etkiler:

.....

EK: 2

### HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BELİRTİLER	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
Depressif mizaç	1	2	3	4	5
Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5
İntihar düşünceleri	1	2	3	4	5
Gecenin başlangıcında uykusuzluk	1		3		5
Gecenin ortalarında uykusuzluk	1		3		5
Sabah uykusuzluğu	1		3		5
Çalışma ve faaliyet	1	2	3	4	5
Yavaşlama	1	2	3	4	5
Ajitasyon	1		3		5
Psşik anksiyete	1	2	3	4	5
Somatik anksiyete	1	2	3	4	5
Genel somatik belirtiler	1		3		5
Jenital semptomlar	1		3		5
Hipokondri	1	2	3	4	5
Ağırlık kaybı (Hastaya göre)	1		3		5
Ağırlık kaybı (Ölçüme göre)	1		3		5
İdrak Etme	1		3		5
Semptomatoloji Değişikliği	S Ö	2 2	3 3		
Şahsiyetinden Uzaklaşma	1	2	3	4	5
Hezeyan semptomları	1	2	3	4	
Obsesyon ve kompülsiyon	1		3		5
İktidarsızlık duyguları	1	2	3	4	5
Değersizlik duyguları	1	2	3	4	5

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

ADI: SOYADI: CİNSİYETİ: YAŞ: TARİH:

ARAŞTIRICI:

- 1 - DEPRESSİF MİZAÇ (Kaderlilik, ümitsizlik ve iktidarsızlık duyguları kendi kendini değersizleştirme)
  - a) Yok (1)
  - b) Bu teessür halini şahsa sorulduğu zaman belirtmekte (2)
  - c) Be teessür halini kendi kendine sözle ifade etmekte (3)
  - d) Şahıs bu kederli halini konuşarak değil, yüzünün ifadesi, tavı ve ağlamaklı hali ile ifade ediyor.
  - e) Şahıs kederli hallerini spontan olarak konuşarak veya konuşmadan ifade ediyor.
- 2 - SUÇLULUK DUYGULARI
  - a) Yok (1)
  - b) Kendini insanlara zarar vermiş olmakla itham ediyor (2)
  - c) Geçmişte yapılmış hatalar veya cezalanmaya hak kazanmış hareketler için suçluluk fikirleri ve sık sık tekrarlamaları
  - d) Şimdiki hastalığı ona bir cezadır. Hezeyanlı fikir ve perseküsyon (4)
  - e) Kendisini ihbar eden, itham eden sesler duymakta, gözünün önünde tehdit edici hallüsinasyonlar belirlemektedir (5)
- 3 - İNTİHAR
  - a) Yok (1)
  - b) Hayatın yaşamaya değeri olmadığına inanıyor (2)
  - c) Kendisi için ölüm ve benzerini diliyor; mümkün olan ve kendisine yönelen bütün ölüm düşünceleri (3)
  - d) İntihar düşünceleri ve haketleri (4)
  - e) İntihar girişimleri (Bütün ciddi girişimleri 5 ile kodlayınız)
- 4 - GECENİN BAŞLANGICINDA UYKUSUZLUK
  - a) Uykuya dalma zorluğu yok (1)
  - b) Uyumada muhtemelen zorluktan şikayetçi. Örneğin yarım saatten fazla (3)
  - c) Her akşam uyumada zorluk çekiyor (5)
- 5 - GECENİN ORTASINDA UYKUSUZLUK
  - a) Zorluk yok (1)
  - b) Hasta gece taşkınlıktan ve fenalıktan şikayetçi (3)
  - c) Gece uyanıyor (Hastanın yataktan kalkışının her defasını 5'le kodlayın).

6 - SABAH UYKUSUZLUĞU

- a) Zorluk yok (1)
- b) Sabah çok erken uyanıyor, fakat tekrar uyuyor (3)
- c) Yataktan kalkarsa bir daha uyamıyor (5)

7 - ÇALIŞMA VE FAALİYETLER

- a) Zorluk yok (1)
- b) Mesleki faaliyetlerde yetersizlik, zaaf ve yorgunluk duyguları veya gevşeklik (2)
- c) Mesleki faaliyetlerde ilgisizlik veya gevşeklik -ya hasta tarafından doğru-  
dan doğruya tarif edilmekte- veya isteksizliği, kararsızlığı ve ürkekliği  
ile endirekt olarak belirtmekte (Herhangi bir işi yapabilmek için kendini  
zorlamaya mecbur olduğunu sanmaktadır) (3)
- d) Faaliyet zamanının ve iŐ çıkarabilme kabiliyetinin azalması (4)
- e) Şimdiki hastalığı nedeni ile çalışmasına son verilmiştir (5)

8 - YAVAŞLAMA (RALENTISSEMENT) (Düşüncelerde, konuşmada yavaşlama,  
konsantrasyon yeteneğinde düşme, hareki faaliyetlerde düşme).

- a) Konuşma ve düşünüş normal (1)
- b) Bakımda hafif yavaşlama (2)
- c) Bakımda görünür yavaşlama (3)
- d) Bakım zor (4)
- e) UyuŐukluk (5)

9 - AJİTASYON

- a) Hiç yok (1)
- b) Elleri, saçları vs. ile oynama (3)
- c) Ellerini çevirmekte, tırnaklarını kemirmekte, saçlarını karıştırmakta,  
dudaklarını ısırılmaktadır (5)

10 - PSİŞİK ANKSİYETE

- a) Hiç bir bozukluk yok (1)
- b) Subjektif gerginlik (2)
- c) Küçük problemleri tasa yapmaktadır (3)
- d) Yüz ifadelerinde ve konuşmalarda belirli endişeli tavır (4)
- e) Kendisine soru sorulmadan belirli korku (5)

11 - SOMATİK ANKSİYETE

- a) Yok (1)
- b) Aralıklı (gastro-entestinal, ağız kuruluğu, sindirim bozuklukları, diyare, kolik, geğirtiler) (2)
- c) Orta (3)
- d) Ağır (Kardio-vasküler, çarpıntılar, başağrıları) (4)
- e) Şahsi fonksiyonel yetersizlikten muztarip kılan (Solunum sistemi, hiperventilasyon, iç çekilmeleri, pollaiküri, terleme) (5).

12 - GASTRO-ENTESTİNAL SOMATİK SEMPTOMLAR

- a) Hiç yok (1)
- b) İştah azalması, karın içinde ağırlık hissi (3)
- c) Personelin teşviki olmadan yemek yeme zorluğu var, mide ve barsak ilaçlarına ihtiyaç göstermekte ve laksatif istemektedir (5)

13 - GENEL SOMATİK SEMPTOMLAR

- a) Hiç yok (1)
- b) Taraflarda, sırtta ve başta ağırlık, kas ağrıları, enerji kaybı ve yorulabilme (3)
- c) Herhangi bir semptom belirli olursa 5'le kodlayınız.

14 - JENİTAL SEMPTOMLAR (Libido kaybı, adet bozuklukları)

- a) Hiç yok (1)
- b) Hafif (3)
- c) Ağır (5)

15 - HİPOKONDRI

- a) Yok (1)
- b) Dikkatini kendi üzerine yöneltmiş (2)
- c) Kendi sağlığı ile meşgul olmakta (3)
- d) Sık sık şikayetler, yardım istemeler vs. (4)
- e) Hipokondriyak hezeyanlı fikirler (5)

16 - AĞIRLIK KAYBI

- a) Ağırlık kaybı yok
- b) Ağırlık kaybı olasılıkla şimdiki hastalığına bağlı (3)
- c) Kati ağırlık kaybı (Şahsın söylediğine göre) (5)

17 - AĞIRLIK KAYBI (Ölçerek değerlendirmesine göre)

- a) Haftada 500 gr'dan az ağırlık kaybı (1)
- b) Haftada 500 gr'dan fazla ağırlık kaybı (3)
- c) Haftada 1 kg'dan fazla ağırlık kaybı (5)

18 - İDRAK ETME

- a) Depresyonlu hasta olduğunu kabul ediyor (1)
- b) Hasta olduğunu kabul ediyor, fakat hastalığını, gıdalara, iklime sürmenaja, bir virüse ve bir istirahat ihtiyacına yormakta (3)
- c) Hasta olduğunu kabul etmiyor (5)

19 - SEMPTOMATOLOJİ DEĞİŞİKLİĞİ (Belirtiler sabahları veya öğleden sonra ağırlaşıyorsa değişikliğin önemini not ediniz)

- Sabahları: Hafif (2)
- Önemli (3)
- Öğleden Sonra: Hafif (2)
- Önemli (3)

20 - ŞAHSİYETİNDEN VE GERÇEKLERDEN UZAKLAŞMA (depersonalisation et derealisation)

- a) Yok (1)
- b) Hafif (2) (Örneğin, dünyanın gerçek olmadığı hiseri gibi)
- c) Orta (3) (Negativist fikirler)
- d) Ağır (4)
- e) Fonksiyonel yetersizliğe gitme (5)

21 - HEZEYAN SEMPTOMLARI (Persekütif)

- a) Hiç yok (1)
- b) Kuşkulu (2)
- c) Hezeyanlı referans ve perseküsyon fikirleri (3)
- d) Başvurma fikirleri (4)

22 - OBSESYON VE KOMPULSİYON BELİRTİLERİ

- a) Yok (1)
- b) Hafif (3)
- c) Ağır (5)



23 - İKTİDARSIZLIK DUYGUSU

- a) Mevcut değil (1)
- b) Yalnız soru ile ortaya çıkan subjektif intiba (2)
- c) Hasta kendiliğinden iktidarsızlık duygularını ifade etmektedir (3)
- d) Hasta salondaki rutin işleri ve tuvalet bakımını tamamlayabilmek için tembih edilmek, sevk edilmek ve takviye edilmek ihtiyacındadır (4)
- e) Giyinmek, tuvaletini yapmak, kişisel sağlık hizmetlerini yapabilmek için bir yardımcıya muhtaçtır.

24 - ÜMİTSİZLİK DUYGUSU

- a) Mevcut değil (1)
- b) Aralıklı olarak "işlerin daha iyi olacağı şüphesi var;" fakat ikna edilmelidir.
- c) Devamlı olarak ümit olmadığı fikri var ama, ikna edici fikirleri kabul ediyor (3)
- d) Gelecek için cesaretsizlik, ümitsizlik, bedbinlik ifade ediyor ve bu fikirler giderilemiyor (4)
- e) Kendiliğinden artık iyi olamayacağı veya benzeri fikirler üzerinde ısrarlıdır (5).

25 - DEĞERSİZLİK DUYGULARI (Kendisi için hafif bir değer kaybından, aşağılık duyguları ve kendini depresyona sürükleyen fikirlerden başlayarak, şahsın hiçbir değer taşımadığına kadar götüren hezeyanlı fikirler)

- a) Mevcut değil (1)
- b) Yalnız sorulduğu zaman değersizlik duygularına işaret ediyor (kendisi için değer duygusunun kaybı) (2)
- c) Spontan olarak değersizlik duygularını ifade ediyor (kendisi için değer takdiri duygusunun kaybı) (3)
- d) Hasta spontan bir şekilde "hiçbir değerinin kalmadığını söylemektedir" (4)
- e) Hezeyanlı değersizlik düşünceleri "Ben çöplükten başka bir şey değilim" gibi (5).

DEĞERLENDİRME

25-49 Puan arası : Normal.

50-59 Puan arası : Orta-Hafif derecede depresyon.

60-69 Puan arası : Orta-Şiddetli derecede depresyon.

70 ve Fazlası : Ciddi Depresyon.